

Volumen 5 - Número Especial Octubre / Diciembre 2018

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

ISSN 0719-4706

*Mujeres y niñas
desde una doble perspectiva:
Género y Derechos Humanos*

EDITORES

FERNANDO MACEDO CHAGOLLA

PATRICIA BROGNA

YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

MARIO MARCOS ARVIZU CORTÉS

CLAUDIA LETICIA PEÑA TESTA

Facultad de Estudios Superiores FES Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Portada: Montserrat Zavala



CUERPO DIRECTIVO

Directora

Mg. © Carolina Cabezas Cáceres
Universidad de Los Andes, Chile

Subdirector

Dr. Andrea Mutolo
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda
Universidad Católica de Temuco, Chile

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda
Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Editor Científico

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Cuerpo Asistente

Traductora Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero
Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Portada

Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero
Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza
Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado
Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto
Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos
Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie
Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Dr. Francisco José Francisco Carrera
Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González
Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy
Universidad de La Serena, Chile

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Cecilia Jofré Muñoz
Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya
Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach

*Universidad de Potsdam, Alemania
Universidad de Costa Rica, Costa Rica*

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio

Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Mg. Liliana Patiño

Archiveros Red Social, Argentina

Dra. Eleonora Pencheva

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga

Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona

Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra

Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz

Universidad del Salvador, Argentina

Dra. Leticia Celina Velasco Jáuregui

*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores
de Occidente ITESO, México*

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía

Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu

Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez

Universidad de Barcelona, España

Dr. Javier Carreón Guillén

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar

Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo

*Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla, México*

Dr. Adolfo Omar Cueto

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo

Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dra. Patricia Galeana

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau

Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg

*Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles,
Estados Unidos*

Dr. José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera

Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel León-Portilla

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura

*Instituto de Estudios Albacetenses “don Juan
Manuel”, España*

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros

Diálogos en MERCOSUR, Brasil

Dr. Álvaro Márquez-Fernández

Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Oscar Ortega Arango

Universidad Autónoma de Yucatán, México

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut

Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa

Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo

*Universidad Nacional Autónoma de Honduras,
Honduras*

Dra. Yolanda Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

*Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe*

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Mg. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Romyana Atanasova Popova

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa

*Instituto Universitario de Lisboa, Portugal
Centro de Estudios Africanos, Portugal*

Dra. Alina Bestard Revilla

*Universidad de Ciencias de la Cultura Física y
el Deporte, Cuba*

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec

INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dra. Ada Gallegos Ruiz Conejo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Dr. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez

*Instituto Tecnológico Metropolitano,
Colombia*

Dra. Carmen González y González de Mesa

Universidad de Oviedo, España

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio

Universidad de San Martín de Porres, Per

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta

*Universidad Iberoamericana Ciudad de
México, México*

Dra. Vivian Romeu

*Universidad Iberoamericana Ciudad de
México, México*

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia

Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López

*Universidad Autónoma del Estado de
Morelos, México*

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad Wszechnica Polska, Polonia

Editorial Cuadernos de Sofía / Revista

Inclusiones / Santiago – Chile

Representante Legal

Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

Indización y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:





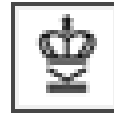
WZB

Berlin Social Science Center



uOttawa

Bibliothèque
Library



REX

BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA



Ministerio de
Ciencia, Tecnología
e Innovación Productiva



Uniwersytet
Wrocławski



Stanford University
LIBRARIES



PRINCETON UNIVERSITY
LIBRARY

WESTERN
THEOLOGICAL SEMINARY



ROAD

DIRECTORY
OF OPEN ACCESS
SCHOLARLY
RESOURCES

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE ¿VIOLENCIA O SALUD?

GENRE PERSPECTIVE IN HEALTH OR VIOLENCE SERVICES?

Mg. © Nashielly Cortés Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México, México
nayeleona09@gmail.com

Fecha de Recepción: 11 de septiembre de 2017 – **Fecha de Aceptación:** 11 de octubre de 2017

Resumen

Salud y violencia, cualidades que estructuran-desestructuran la vida humana, son dos elementos que pueden hacer de las instituciones momentos para la creación y recreación de la vida o, por el contrario, para su destrucción paulatina o abrupta. Se propone una redefinición de ambos conceptos, a partir de referenciarlos antagónicamente. Con ese marco, se analizan los alcances teóricos y su aterrizaje práctico en intervenciones puntuales, enfocándose en la mediación que la perspectiva de género ofrece a semejante tarea. Dado que violencia y salud son categorías analizadas por el sentido antagónico que tienen entre sí, en función de cómo determinan la cualidad humana de la vida, esto es hacia la vida que se vive con justicia y dignidad, resignificarlas permite constatar, en diferentes niveles de análisis y en diferentes escenarios, cuando los servicios de atención médica funcionan como servicios de salud o por el contrario funcionan como servicios de violencia.

Palabras Claves

Comportamiento – Salud – Servicio de salud – Violencia

Abstract

Health and violence, qualities that structure-de-structure human life, are two elements that can make institutions moments for the creation and recreation of life or, on the contrary, for its gradual or abrupt destruction. A redefinition of both concepts is proposed, starting from an antagonistic reference. With this framework, the theoretical scope and practical landing in specific interventions are analyzed, focusing on the mediation that the gender perspective offers to such a task. Given that violence and health are categories analyzed by the antagonistic sense that they have among themselves, depending on how they determine the human quality of life, this is towards life that is lived with justice and dignity, resignifying them allows to verify, at different levels of analysis and in different scenarios, when health care services function as health services or, on the contrary, function as violence services.

Keywords

Behavior – Health – Health Services – Violence

Introducción

Violencia y salud son dos elementos pertenecientes a sistemas simbólicos y son, por lo mismo diría Bourdieu¹, elementos tanto estructurados, como estructurantes de las condiciones sociales de un conjunto humano histórico-cultural concreto. En tanto habitus, no sorprende que sean tan poco comprendidas como categorías directamente relacionadas, pero sí que en tanto categorías analíticas no se les haya posicionado de esta manera, ya que sus significados, contradictorios entre sí, son categorías que están enlazadas por múltiples vasos comunicantes. Este es el aporte central de este trabajo, que violencia y salud son categorías que perfectamente pueden ser analizadas por su sentido antagónico hacia la vida, específicamente importante respecto de la cualidad humana de la vida, esto es hacia la vida que se vive con justicia y dignidad.

Para aterrizar hablando de la perspectiva de género en los servicios de salud, hemos de enmarcar el análisis dentro del entramado de relaciones y prácticas sociales construidas entre los sentidos que dan la tensión violencia -salud, donde el género juega un papel central. El tema circunscrito en lo que entenderemos como “el vaso comunicante” del género hace necesario profundizar en la determinación que la sexualidad impone a ese vínculo; evidenciando, en el planteamiento mismo del tema, la carga histórico-cultural que todos estos conceptos denotan. Se justifica así el lugar que este trabajo toma en el 1er Congreso Internacional "Mujeres y Niñas Desde una doble Perspectiva: Género y Derechos Humanos".

1.- Violencia y salud, la historicidad de una relación

Antes de delimitar conceptualmente violencia y salud, hemos de reconocer que *a priori* no parece lógico ni común, que se piense en ellas como categorías antagónicas. Popularmente, se tiene mucho más claro el antagonismo que presenta la salud con respecto a la enfermedad, por un lado; y la violencia respecto de la armonía y el acuerdo, o quizás la violencia en contraposición a la paz, por el otro.² Sin embargo, una vez que se procura pensar en la relación que tienen estos dos conceptos, en términos de antagonismo directo, difícilmente hay objeción para reconocerles tal sentido.

En la justificación que se esgrime para hacer el informe mundial de violencia y salud de la OMS, en 2002, se lee:

“Existe la idea generalizada de que la violencia es un componente ineludible de la condición humana, un problema cuya prevención incumbe al sistema de justicia penal, y de que el principal papel del sector de la salud es el tratamiento y la rehabilitación de las víctimas. Pero estos supuestos están cambiando, al demostrarse, gracias al éxito de medidas de prevención aplicadas a otros problemas sanitarios de origen

¹ Pierre Bourdieu, “Sobre el poder simbólico”. En: Intelectuales, política y poder. Traducción: Gutiérrez Alicia (Buenos Aires: UBA/Eudeba, 2000), 65-67.

² Si se usan los buscadores populares en Internet los **Antónimos de violencia**. En los buscadores convencionales, o en simples diccionarios, al solicitar los antónimos de violencia se encuentran términos como: afabilidad, amabilidad, contención, cordialidad, dulzura, ecuanimidad, ecuanimidad, mesura, moderación, naturalidad, respeto, suavidad, ternura, pero no se encuentra salud. Del mismo modo los **antónimos de salud** son: achaque, afección, corrupción, debilidad, decrepitud, dolencia, enfermedad, inanición, incomodidad, indisposición, lesión, molestia o putrefacción. Nunca, se piensa en violencia.

medioambiental o relacionados con el comportamiento, como las cardiopatías, el consumo de tabaco y el VIH/SIDA, que la salud pública puede contribuir a atajar de raíz las causas de afecciones complejas”³.

Pese a no ser explícito, lo que se reconoce en este párrafo es que, con medidas encaminadas a resolver otros problemas, propios de la Salud pública, se puede “atajar de raíz las causas de afecciones complejas” como la violencia. No se requiere demasiado arrojío intelectual para colocar estos conceptos en los extremos opuestos de una relación teórica. Sin embargo, me atrevería a afirmar que es Foucault quien plantea muy claramente la cuestión y que, para él, se puede ubicar la emergencia histórica y formal de esa relación en el contexto de la segunda guerra mundial, donde la humanidad experimenta por primera vez la capacidad tecnológica de cegar vidas humanas a gran escala y en periodos compactados de tiempo.

Dice Foucault:

“En 1942 –en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas, se consolida no el derecho a la vida, sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en el que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino la vida en buen estado de salud”⁴.

Este momento de la historia en que violencia y salud se erigen como antagónicas, sin formalizarlo como tal, es el punto de inflexión para establecer que el impacto que cada una de ellas tiene sobre la cualidad de la vida, y para su desarrollo en sí, es lo que las coloca como su contrario verdadero.

La polaridad resultante de la relación violencia y salud, podemos constatarla en el marco de un análisis que permita cuestionar expresiones particulares de la vida cotidiana y en el plano de lo microsociedad, solo si ese análisis es colocado dentro de la comprensión de procesos estructurales-estructurantes que se producen a nivel macrosociedad y que se relacionan dialécticamente con la producción y reproducción ideológica, cultural, económica y política de la vida humana y sus relaciones dentro de las sociedades concretas que estén siendo estudiadas. Cabe señalar que, asumiéndolo o no, son sociedades a las que se pertenece, en la medida que las vamos recreando y actualizando históricamente en sus más profundas contradicciones, al aproximarnos a su estudio.

El debate, no obstante necesario, es un proyecto en construcción, inacabado, permanente y abierto, por eso la necesidad de ponerlo a la mesa.

Cuatro antecedentes al proceso analítico. El primero es dar paso a la necesidad de distinguir lo que ignoramos respecto de lo que sí sabemos, donde la frontera está dada por la determinación histórica de nuestra percepción de los hechos sociales. En ese sentido, el primer requisito es esforzarse en recordar que permanentemente hacemos recortes inconscientes de la realidad, que nos dejan en condición de ignorar todo lo

³ Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre violencia y salud (OMS, 2012) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf?ua=1 (Recuperado en septiembre de 2017)

⁴ Michel Foucault, La vida de los hombres infames (Madrid: Las ediciones de La piqueta, 1990), 93-99.

demás que, como mecanismo de contención intelectual, hemos “naturalizando” y por eso mismo ignoramos, inclusive, que lo ignoramos. Sea dicho el primer punto sólo para reforzar que el debate es necesario, incluso si no se presenta como un cuerpo teórico perfectamente organizado y delimitado, ya que buena parte de sus fronteras no son reconocibles, porque han sido naturalizadas.

El segundo antecedente es que esta exposición responde a un llamado específico, que nos exige precisamente discutir desde un recorte, no inconsciente, sino explícito de tal realidad. En el primer trabajo que elaboré, con una idea todavía mucho más prematura de esta propuesta, fue durante un Curso Monográfico, donde la petición fue dar elementos para estudiar la violencia, a partir de la perspectiva de género y en función de su impacto en la salud, lo que en automático parecía señalar que se expusiera sobre un tema muy puntual contenido en el complejo concepto de “violencia de género”.

No repetiría esa construcción teórica, porque hay otros trabajos en este congreso abordando el tema. Se menciona solamente, en un intento de compartir cómo llegué a la propuesta conceptual del antagonismo violencia-salud y sus alcances tanto analíticos como operativos en proyectos de transformación e iniciativas de intervención, por ejemplo, en los llamados servicios de salud, pero igual en los espacios educativos, o en cualquiera de los momentos donde se dan las relaciones humanas, parafraseando a Jaques Derrida diría, momento es el espacio lugar de los acontecimientos im-posibles⁵. Es decir, espacios de relaciones políticas, afectivas, económicas e inevitablemente sentipensantes.

Lo que me pasó fue que al preparar esa ponencia y ocuparme de delimitar y definir las cuatro categorías analíticas solicitadas y las relaciones entre ellas (violencia, género, sexualidad y salud), el pensamiento para exponerlo comenzó una ruta totalmente deductiva: de lo general (la violencia) a lo específico (la violencia de género). Sin mayores complicaciones, con ese marco teórico, se puede documentar y mostrar algunos ejemplos reforzados con datos epidemiológicos que den cuenta de los efectos, o digamos los daños que la violencia de género produce masivamente, con secuelas deletéreas para los hombres, pero sobre todo contra las mujeres; ello lleva casi en automático a compartir algunas conclusiones que son generalizaciones crueles, pero reales:

1.- Nos enfermamos y nos morimos por las maneras en que el patriarcado ha producido sentidos del ser hombres y del ser mujeres

2.- Sí, nos morimos por ser las mujeres y los hombres que somos, una conclusión de Perogrullo. ¿Entonces así ha de ser y no tiene remedio? Pues ¿quiénes será que somos? Respuesta fácil, somos hombres y mujeres en un contexto patriarcal-capitalista-neoclásico-posmoderno-colonizado. ¡Ah, vaya! Es Claro y concreto. Punto. Parálisis total.

Tercer antecedente. También es necesario salirse de la parálisis a la que puede destinarnos un análisis fundado en el puro y total determinismo sociohistórico. Se hace necesario pensar entonces ¿Cómo aterrizar eso en esta mesa, en este congreso, para

⁵ Momento: diríase esa conjunción de tiempo-espacio singular, creados por las interrelaciones objetivo-subjetivas de las personas en contexto. El tiempo-lugar de ocurrencia de acontecimientos, en el sentido que le da Derrida del acontecimiento im-posible, pero también como condición de lo posible, ver: Jaques Derrida, S. Gad y A. Nouss. Decir el acontecimiento, ¿es posible? Colección Filosofía una vez (Madrid: Editorial Arena Libros, 2007), 110.

que sirva de algo? O, dicho de otro modo: ¿Eso qué significa? ¿Qué relación tiene con los servicios de salud y con la necesidad de incluir la perspectiva de género en ellos? Mi experiencia ha sido esta, seguro más de una de las personas presentes, la comparten.

Este es el cuarto antecedente necesario para iniciar el proceso analítico, hay que reconocer que la realidad es la propia. Se trata de exponerse y estar dispuestas y dispuestos a mirarnos las entrañas en ese pensar y ordenar metódicamente las ideas. El trabajo es ir tejiendo una comprensión comprometida del asunto.

Para mí, la realidad que me obliga a seguir reflexionando desde lo personal incluye el vivir en un momento histórico descaradamente violentógeno, tener una creciente experiencia del miedo multiplicada y diversificada en últimos meses, asumir con más consciencia los costos de ser mujer y madre, y finalmente, constatar la brutal reacción que enfrentan las mujeres cuando son etiquetadas como disidentes en diferentes temas (la campaña mediática contra Yndira Sandoval Sánchez es un botón de muestra). Esa es la realidad propia desde la que propongo el proceso analítico que comparto.

Sociedad violentógena, miedo, ser mujer y ver lo que pasa a las disidentes, puso los ingredientes necesarios para que retomara la organización conceptual de los constructos violencia y salud que, de pronto, se me han presentado como los dos polos de lo que deseo para mi propia vida, para lo que de ella quiero construir. Es esa vivencia la que lleva a darles un sentido relacional más adecuado a esta realidad vivida. Así es como llegó la sed de desarrollar para este tema, teoría crítica en el campo del género en salud.

2.- Entro en materia. Una definición sencilla para una categoría compleja: ¿Qué es violencia?

Fue el trabajo de la Dra. Guadalupe Alvear Galindo sobre el análisis crítico de la violencia, el que me permitió este planteamiento. En síntesis, diría que su trabajo cuestionando las limitaciones del enfoque de riesgo que tiene la OMS para definir, manejar, clasificar, atender y contender contra la violencia, ha formado parte de discusiones cotidianas que el ambiente académico del Departamento de Salud pública. El aporte específico de su planteamiento consiste en que la mirada con que tradicional y formalmente se trabaja la violencia, orilla a que se le aborde con parcialidad, desde sus infinitas expresiones, pero no se la pueda estudiar en su determinación social⁶ y yo añadiría, en su complejidad, incorporando una lectura ética y preponderantemente política de la violencia. En este punto queda evidenciado que toda la taxonomía de la violencia por más exquisita y combativa, como suelen ser las clasificaciones jurídicas que se dan desde ciertos feminismos, por ejemplo, se torna limitada, pues se reduce a incluir todas las posibles versiones como la violencia se expresa, pero sin realmente comprender su cualidad primaria: su antagonismo con la salud, en función de lo que la violencia le hace a la vida en su sentido más humano, dicho lo humano en el sentido de dignidad,⁷ característica que sostendría como la cualidad más humana y humanizante.

⁶ Ponencia de Alvear Galindo Guadalupe. "Avance del protocolo de investigación: Violencia como epidemia". Ponencia presentada en el Seminario de Salud pública (México: UNAM, 2017).

⁷ Humano, no en un sentido antropocéntrico, ni mucho menos aún androcéntrico, sino humanizante.

Así, la violencia es lo contrario a la salud, la violencia es tanto una capacidad humana de auto-aniquilamiento, ejercida mediante desvirtuar el carácter dignificante de la vida vivida, como totalidad metafórica y radicalidad metabólica, plena de necesidades básicas y satisfactores bioquímicos, pero también simbólicos. Violencia es, en una frase, una producción social de finitud de un conjunto sociocultural concreto.

¿Cuál es la novedad y la ventaja de salirse de esas tradicionales definiciones de la categoría violencia? Que puede ser usada en su sentido heurístico, a modo de poder reconocerla donde aún no la hemos nombrado o categorizado. Sirve tanto para generar políticas puntuales y enfocadas, como también generales y protectoras contra esa violencia mucho más “universalizable” o en cierto sentido “transcultural”⁸; reconociendo, no obstante, que es socialmente construida y culturalmente fomentada, permitida o tolerada. Salirse de las tradicionales definiciones de la violencia sirve para pensar en políticas que protejan de ella, sin extraviarse en poner todo empeño en “salvar a” las víctimas en tanto sean reconocibles (es decir entren en alguna de las múltiples clasificaciones operativas o por el contrario sean negligentemente excluidas, por no empatar con el retrato legal y formalmente definido)⁹ o limitarse en dictar protocolos para acorrallar al verdugo, que puede ser igual hombre que mujer o actuar en lo individual o en asociación criminal con otras personas¹⁰.

Desde luego que estos marcos operativos son necesarios y es menester conocerlos para avanzar en la impartición de justicia¹¹; pero si al definir la violencia, reducimos la mirada a la clasificación de las múltiples expresiones violentas, la definición será, irremediabilmente, incompleta.

El feminicidio es un caso más que claro para mostrar lo limitante de los abordajes clásicos de la violencia, donde se etiqueta al asesinato de una mujer en particular y se “buscan evidencias” de que su vida ha sido cegada, por ser mujer y se castiga con

⁸ S. Álvarez, ¿A qué llamamos violencia en Ciencias sociales? (Bogotá: Universidad Santo Tomás, 2013) <http://www.scielo.org.co/pdf/hall/v10n20/v10n20a05.pdf> (Recuperado el 22 de octubre de 2017)

⁹ En las definiciones de violencia, tenemos que para la **OMS**: Es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte, pero en las definiciones **jurídicas**: Consiste en una coerción grave, irresistible e injusta ejercida sobre una persona para determinarla contra su voluntad, a la realización de un acto jurídico. Asume dos formas: violencia física o moral. En el diccionario jurídico mexicano se le define como: Vicio del consentimiento que consiste en la coacción física o moral que una persona ejerce sobre otra, con el objeto de que ésta dé su consentimiento para la celebración de un contrato que por su libre voluntad no hubiese otorgado. Pero en muchos casos se condiciona a que la víctima acredite su capacidad de juicio. Para los marcos legales en la Ciudad de México, por ejemplo “la violencia debe ser de tal consideración que importe peligro de perder determinados bienes jurídicos especificados por la ley”, ver: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud (OMS, 2012) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf?ua=1

¹⁰ Graciela Atencio y Elena Lerporta, Feminicidio-femicidio: un paradigma para el análisis de la violencia de género. Enfocar la atención en los victimarios. (México: Red de voluntariado Feminicidio net, 2011). <http://www.infogenero.net/documentos/FEMINICIDIO-feminicidio-paradigma%20para%20su%20analisis-Graciela%20Atencio.pdf> (Recuperado en octubre de 2017)

¹¹ AL Garita Vílchez, Regulación del delito de feminicidio en América Latina y El Caribe (ONU, 2017) http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf (Recuperado en octubre de 2017)

especial severidad al asesino, regularmente varón, pero por más que nos esforcemos, en general no se entiende que no es el único responsable de tal desenlace. Una evidencia de ello es que, en algunos espacios se castiga por feminicidio, pero eso poco ha servido para activar las alertas de género en territorios concretos, como en la Ciudad de México¹² o el Estado de México, para no ir más lejos. El concepto de feminicidio¹³ contiene el sentido complejo que trato de asignar al concepto de violencia, pero como la violencia es popularmente entendida como cada una de sus expresiones, el feminicidio, como concepto, en lugar de ampliar la comprensión, ha sido mal interpretado por los aparatos políticos para, al contrario, arrinconarlo en un subconjunto más de las diversas expresiones de la violencia¹⁴.

Del mismo modo, hay un largo trayecto de mujeres que trabajan defendiendo los derechos de las mujeres a vivir su proceso obstétrico libre de violencia, algunas de ellas califican de feminicidio a las llamadas “muertes maternas”¹⁵.

Muertes completamente prematuras, evitables e imperdonables, muertes a las que llegan mujeres que, a pesar de estar cumpliendo el mandato social de la maternidad, sufren maltrato y exclusión por su condición de género, a tal grado que mueren durante el embarazo, el parto, el puerperio (como dice la definición clásica y sus clasificaciones operacionales o durante el año siguiente al nacimiento del bebé¹⁶). Mujeres que mueren por condiciones relacionadas con el hecho de haber transitado por un embarazo, o mejor dicho que mueren por condiciones relacionadas al desprecio que se tiene hacia ellas. Paradójicamente, mueren por ser mujeres en su rol supremo de ser mujeres. Algunas estudiosas feministas plantean que las muertes maternas son, de hecho, feminicidios institucionales en un eje que puede empezar y concluir en situaciones impunes de violencia de género (delimitadas en las relaciones familiares, domésticas y comunitarias), o pueden contenerse totalmente en la llamada violencia obstétrica (delimitadas en las relaciones con el personal de los servicios de salud); aunque regularmente estén sinérgicamente funcionando ambas violencias¹⁷ hasta llegar al feminicidio llamado “muerte materna”. Volvamos al planteamiento de este trabajo.

¹² J. L. García Hernández, En 4 años asesinan a 576 mujeres en la CdMx, y la PGJ califica como feminicidio sólo 36% de los casos (México: Revista electrónica Sin embargo, 2017). <http://www.sinembargo.mx/16-09-2017/3302680> (Recuperado en septiembre de 2017) y Ariel Villalobos, Gobierno de la CDMX maquilla cifras de feminicidios (México: Revista Proceso, 2017). <http://www.proceso.com.mx/488020/gobierno-la-cdmx-maquilla-cifras-feminicidios> (Recuperado en agosto de 2017)

¹³ M. Lagarde y de los Ríos, Algunas categorías antropológicas y jurídicas (México: UNAM, 2008). <http://www.campoalgodonero.org.mx/documentos/violencia-feminicida-y-derechos-humanos-marcela-lagarde-unam> (último acceso: agosto de 2017).

¹⁴ O. Castillero Mimensa, Los 7 tipos de violencia de género (y características) (México: Revista electrónica Psicología forense y criminalística, 2017) <https://psicologiyamente.net/forense/tipos-violencia-de-genero> (Recuperado en Agosto de 2017).

¹⁵ Sonia Frías M., 25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre violencia en contra de las mujeres en México (México: Revista Internacional de Estadística y Geografía, 2017) <http://www.inegi.org.mx/rde/wp-content/uploads/2017/08/RDE-V8-N2-A1.pdf> (Recuperado en octubre de 2017)

¹⁶ C. Gamboa Montejano, Mortalidad Materna en México. Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas (México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de Política Interior, Poder Legislativo Federal, 2015).

¹⁷ GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida. Informe violencia obstétrica, conclusiones (México: GIRE, 2015). <http://informe2015.gire.org.mx/#/conclusiones-violencia-obstetrica> (último acceso: octubre de 2017).

La propuesta que se pone a debate pasa por superar el discurso de que el problema se circunscribe en la dominación que pretende un acto violento. Ese no es el foco, no es centralmente el conflicto; tampoco lo es la ventaja que ostenta quien violenta, pero sí la sistematicidad de esa ventaja, aunque esos dos elementos (identificación de sujeto activo y sujeta pasiva) conformen la preocupación del marco normativo por ejemplo en el caso del feminicidio, como documentó Garita Vílchez en la revisión que la Organización de Naciones Unidas hizo para una campaña de erradicación de la violencia en contra de las mujeres¹⁸. Del mismo modo, enfocarse en la resignación o la resistencia que agencia o deshabilita a quien es objeto de violencia, resulta en llegar a referentes inciertos o insuficientes si se busca un análisis crítico (esto es: transformador) sobre la violencia. Al parecer, en ambas caras de la moneda, se trata de mediaciones dadas por el uso del poder asimétricamente distribuido en el conjunto social. Pero esa precariedad, como diría Butler¹⁹, esa estructural desigual distribución de poder, que en sí misma es una expresión de la violencia, muestra que el tema de la violencia es un tema situado en el tejido mismo del proceso civilizatorio y hace falta construir una perspectiva que permita una comprensión dinámica y compleja²⁰, donde queden articulados el conjunto y sus partes, donde el todo no resulte de una suma simple de las expresiones particulares (en este caso de “las violencias”). Entonces, ¿qué es la violencia? En una frase corta y sencilla, ya podría usted decir: **Violencia es todo lo opuesto a la salud.**

Una crítica simplista a este planteamiento cuestionaría: ¿entonces las enfermedades son violencia? La respuesta es clara: no, no en primera instancia.

3.- Abordemos entonces la salud

El paso inevitable es tener un posicionamiento ante el conjunto de voces autorizadas, en medio de un campo de capitales culturales y arriesgarse a posicionarse con una definición de salud.

Para la Organización mundial de la salud, la definición de salud es un concepto ideal. Vista así, argumentan sus detractores, la definición que se le da a la salud hace de ésta un concepto inalcanzable²¹, que en todo caso sirve para orientar a los Estados respecto de algunas políticas y acciones para aproximarse a ella. Hace de la definición una suerte de horma que agobia a los gobiernos recordándoles todo lo que les falta por hacer, cuando menos para simular que les importa.

Otras definiciones de salud, construidas desde la teoría crítica, la plantean como una capacidad humana producida socialmente, para que cada quien desarrolle su vida tan plenamente como le sea posible, con base en sus condiciones contextuales y particulares,

¹⁸ A. L. Garita Vílchez, Regulación del delito de feminicidio en América Latina y El Caribe.

¹⁹ Judith Butler, Marcos de Guerra: Las vidas lloradas (Buenos Aires: Paídos, 2010), 29-33.

²⁰ B. Broide y S. Todaro, Funcionalidad social de la violencia de género (Argentina: Revista electrónica Herramienta. Debate y crítica marxista, 2007) http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-36/funcionalidad-social-de-la-violencia-de-genero#_ftn1 (último acceso: octubre de 2017).

²¹ G. Alcántara Moreno, La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinabilidad (México: Revista universitaria de Investigación Sapiens, 2008). <file:///C:/Users/nash/Downloads/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf> (último acceso: octubre de 2017).

incluidas las afectaciones y enfermedades que la persona pueda padecer, toda vez que es capaz de comprenderlas, encararlas y transformarlas²².

Definir a la salud no como un estado de perfección, sino como una capacidad de producir para sí una vida plena en lo individual, pero enmarcada dentro de lo colectivo, lo que le da una potencialidad radical de sentido. Con ella, se conserva la función heurística de la definición de la OMS, pero permite además comprenderla en función de la cualidad humana que imprime a la vida.

Desde 1996, Chapela planteaba que “Salud es la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables”²³. Estando de acuerdo en buena medida, el posicionamiento que tomaremos ante la pregunta de ¿qué es la salud? Diría, en una frase, que es una capacidad humana que permite al sujeto individual-colectivo vivir con dignidad. Es decir, salud es todo lo contrario que violencia.

Puestos estos dos polos, salud y violencia en función de cuánto aproximan o alejan a la cualidad digna y dignificante de la vida, se facilita encontrar los elementos que mueven el proceso vital humano (en tanto la vida humana es social y culturalmente vivida), inclinándolo hacia la vida digna, o por el contrario hacia una vida indigna o inclusive hacia la muerte. Paréntesis, claramente la muerte puede ser, o no, digna. En este punto señalaremos, sin profundizar en ello, que ninguna “muerte prematura” cabe en la categoría de muerte digna. Esto es, morir por enfermedades o condiciones para las que el saber humano y el desarrollo científico y tecnológico de la humanidad tienen respuestas curativas o positivamente resolutorias, hace de esa muerte, una muerte indigna, que dicho sea de paso no es azarosa, sino que es resultado de una violencia que es estructural y que tiene una distribución predecible. Un ejemplo de ello es el estudio de la distribución de la mortalidad materna en México a escala subestatal, donde Pisanty muestra que La RMM por región subestatal varía de 16, en Nuevo León, a 160, en Sola de Vega, Oaxaca²⁴. Que sea predecible desde una perspectiva epidemiológica, entre otras cosas, es un indicio que señala el carácter estructural e indignante de esas muertes.

4.- El papel clave del sistema sexo-género-sexualidad en la relación antagónica Violencia-Salud

Cuando emerge el derecho a la salud, como una reacción social que respondió a la toma de consciencia formal sobre la violencia que generamos, Foucault plantea que, se ha incorporado un sentido distinto a la salud. “La salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos, sino para los individuos”, continua “ya no se habla de la obligación de la limpieza y la higiene para gozar de buena salud sino del derecho a estar enfermo cuando se desee y necesite”. Agrega que “se trata de proceder a cierta redistribución económica. Una de las funciones de la política presupuestaria de la mayor parte de los países desde comienzos del

²² M. C. Chapela Mendoza y E. C. Jarrillo Soto, "Promoción de la salud, siete tesis del debate". Cuadernos de medicina social (2001): 59-69.

²³ M. C. Chapela Mendoza y E. C. Jarrillo Soto, "Promoción de la salud... 61.

²⁴ J. Pisanty Alatorre, Inequidades en la mortalidad Materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal (México: Revista salud pública de México, 2017). <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/8788/11326> (último acceso: noviembre de 2017).

presente siglo [hablando del SXX] era la de asegurar, mediante el sistema de impuestos, una cierta igualación, si no de los bienes por lo menos de los ingresos". Todo ello implica una nueva economía del cuerpo y "una de las finalidades de la intervención del Estado es el cuidado del cuerpo"²⁵.

Con este planteamiento, el autor da entrada a la introducción de un conjunto de conceptos: anatomopolítica, biopolítica y biopoder²⁶. Con ellos diseña características constituyentes del Estado Moderno y devela la culminación de un cambio epistemológico en el ámbito de los regímenes políticos y sus formas de gobernanza, que según sus planteamientos comienza en los siglos XVI- XVII y se desarrolla exponencialmente con el advenimiento de la revolución industrial. En este cambio, dice que se transita del poder del soberano, o el poder de tomar la vida (de hacerla sufrir hasta quitarla inclusive), al poder del Estado moderno, pretendidamente democrático y cuyo poder es el de dar la vida, el de mantenerla, para lo cual promover la salud, es fundamental. Se crean entonces instituciones, políticas y marcos jurídicos que así lo apuntalen. Con el Estado moderno, se instala la idea de que, para democratizar el uso del poder de "cuidar la vida", es legítimo que ostente el privilegio del uso exclusivo de la violencia como imposición militar inclusive, para conservar la paz, cuidadora de vida.

Todavía no terminábamos de digerir este planteamiento, de cuestionarlo, de comprenderlo, cuando nos alcanzó la historia y pasamos del Estado moderno, que era un Estado nación (diferenciado geográficamente y culturalmente), al Estado financiero, o neoliberal, donde el modo capitalista de producción es absolutamente dominante y el individuo es construido subjetivamente en la idea de la necesidad, la validez y más aún lo inevitable de su presencia-existencia atomizada y "libre" del conjunto social, hiper-relativizada²⁷.

¿Qué importancia puede tener eso para el tema que nos ocupa? Vamos por partes. Empecemos por convenir que la condición de género es un atributo cultural transhistórico, vigente en diversas épocas de la humanidad, quizás todas. Parece que, como humanidad, desde siempre comprendimos que ser hombres y ser mujeres (biológicamente hablando) tiene sus diferencias y genera que nos relacionemos en el conjunto social de modos culturalmente distintos, pero no siempre en la historia hemos considerado que esa diferencia de trato encuentra justificación en dar una valía inferior de uno u otro subconjunto social. Así las desventajas de ser hombres o ser mujeres, especialmente de ser mujeres, no siempre han sido las mismas.

En la construcción del estado moderno, esa brecha fue consolidada legalmente, al establecer roles de género muy acordes para la acumulación capitalista en la construcción del matrimonio y *la familia moderna*, garantizando en ella, diría Engels, la herencia de la propiedad privada. Si se piensa en términos de violencia y salud, es curioso que sea en esta etapa histórica donde emerge el antagonismo de estos conceptos y también en esta época donde la cuestión de género queda formalizada en el terreno ideológico-político (en el marco legal) como una estructura legítima para el sometimiento y desventaja de las mujeres con respecto de los hombres (en el matrimonio civil) y lo hace por una vía de

²⁵ Michel Foucault, La vida de los hombres infames...

²⁶ D. G. Toscano López, "El bio-poder en Michel Foucault", Universitas Philosophica, Vol. 25, No. 51 (2008): 39-57.

²⁷ C. A. Velázquez Becerril y G. Pérez Pérez, Las transformaciones del Estado-nación en el contexto de la globalización (México: Scielo - Política y cultura, 2010). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422010000200006&lng=es&tlng=es. (último acceso: diciembre de 2017).

aparente democratización, pero que es una “democratización” que las invisibiliza, las someta a través de su ausencia en gran parte del cuerpo normativo, que al mismo tiempo relega su presencia en este orden, exclusivamente cuando la norma está vinculada a proteger y promover su rol materno²⁸. Su única presencia está justificada en el reconocimiento de su importancia para el cuidado del resto de la familia. Nos acaba de hacer un guiño, la institución de atención médica, representada por los llamados servicios de salud. ¿No es así?

Por lo tanto, la construcción del Estado moderno se funda en la idea de que a éste le corresponde la dignificación de la vida, pero básicamente de los hombres. Tomó tiempo largo de lucha, para legitimar nuestro derecho, como mujeres, a acceder a la igualdad de jure y que ese Estado también considerara que le correspondía dignificar la vida de las mujeres, es decir de promover su salud, no como un medio para alcanzar la salud de otros (subrayo “otros”, en masculino), sino incluyendo su propio derecho a tener atención médica cuando lo requiriera, independientemente de su condición laboral, matrimonial o familiar sin agotarse en ello; sino procurando, en una concepción más amplia de promover la salud, que garantizara que las mujeres pudiéramos desarrollar una vida plena; un Estado que nos garantizara, porque sí, vivir con dignidad.

Es así como movimientos feministas luchan, y contra eso que luchan es, realmente, contra la violencia del Estado moderno, que es una estructura social que impide por medio de todas sus instituciones, el vivir con dignidad. Se lucha por construir una sociedad que nos permita una vida gozosa, pasando por tener Estados y gobiernos que garanticen una vida libre de violencia, en todas sus expresiones, las que ya están clasificadas y las que aún no encuentran nombre en las taxonomías existentes, pero que son reconocibles e identificables como aquellos elementos estructurales que amenazan la dignificación de nuestra vida, en tanto mujeres, pero inclusive en tanto personas próximas a lo femenino.

El conflicto se hace presente cuando se tiene por única posibilidad, para las relaciones interpersonales, que exista una coincidencia absoluta y permanente entre sexo biológico y género además de una pulcra heterosexualidad en el terreno de la orientación sexual.

Si las y los profesionales de las instituciones de atención médica piensan en las personas como macho-hembra y comportamiento social “adecuado” al roll ideológicamente dominante, donde el hombre pertenece a la esfera pública-productiva-agresiva y la mujer a la privada-doméstica-cuidadora; o si su saber se construye bajo lógicas que reproducen estos valores, entonces dejan de ser profesionales de la salud y se convierten en profesionales de la violencia, de una violencia estructural que les rebasa. Uno de los problemas del Sistema de salud aparece cuando modelamos intransigentemente a las instituciones y sus servicios para sociedades con gente cisgénero, lo que implica un conjunto de contradicciones y fuentes de desencuentro y confrontación, porque las sociedades con la totalidad de su gente, cien por ciento cisgénero, sencillamente no existen.

²⁸ L. Flamarique, *Modernidad y cambio social: una perspectiva integradora, o el más acá de los estudios de género* (México: Doi - Arbor, 2016). <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2016.778n2004> (último acceso: noviembre de 2017).

Este es el corazón encendido. Es este el meollo del asunto donde todo mundo se disputa terreno echando mano de discursos científicos, antropológicos y de toda índole. El máximo contraste se muestra cuando llegamos al tema de la sexualidad, porque deja a flor de piel, metafórica y literalmente, que lo que está en tensión es el tema de los deseos, y los mecanismos que tenemos de validar unos y sancionar otros²⁹. El cuestionamiento entonces está en qué elementos tenemos o qué criterios usamos para “normalizar”, “disciplinar” y hasta “mercantilizar” los placeres y la gana de ser distinto a lo que marca a “la mayoría” (no numérica, sino política e ideológicamente dominante).

Los movimientos feministas primero, y los del orgullo gay después, nos permitieron reconocer esas formas de exclusión y aniquilamiento. Nos llevan a comprender mejor otras modalidades de discriminación, donde la capacidad humana de violencia (en tanto capacidad de generar procesos que atacan, obstaculizan o niegan la posibilidad de vivir una vida digna) había quedado oculta, por no presentarse en las expresiones más abiertas, evidentes y directas. Son movimientos que nos permitieron identificar esa violencia que no se presenta claramente como la agresión física, que cuesta trabajo medirla en tamaño o gravedad de las lesiones, que disfraza los sometimientos corporales o psicológicos y que toma un poco más de tiempo para resultar en homicidios³⁰.

Estos movimientos han desencadenado procesos de transformación tales, que me atrevo a afirmar lo siguiente: La posición predominante que una sociedad tenga en los temas de género, estructura una construcción específica de su existencia presente como vaso comunicante entre violencia y salud, que coloca a unos y a otros más próximos al polo correspondiente a la violencia o al polo correspondiente a la salud. Si bien les coloca como sector, a la larga les coloca así, como totalidad social. Esta es una situación que pasará desapercibida, a menos que sea analizada con perspectiva de género.

Ciertamente, el género no es el único análisis posible, la clase social y ocupación, la pertenencia étnico-cultural o la edad, son también vasos comunicantes entre el antagonismo violencia-salud. Vasos comunicantes que, por cierto, no funcionan de manera aislada, sino sinérgica y potenciando la proximidad que tenga el conjunto social a estos polos³¹. Lo que importa es entender que, en todas estas formas relacionales, la posición que los Estados tengan en cada uno de esos vasos comunicantes hará que la sociedad en su conjunto se incline hacia uno u otro polo de la relación violencia-salud, inclusive cuando su posición sea la de mantenerse, como estados, silenciados y dejando paso a nuevas formas de dominación de los cuerpos, especialmente los femeninos³².

Soy partidaria de la idea de que, si bien todas esas categorías o siguiendo la analogía, todos esos vasos comunicantes tienen redes laterales que hacen que los grandes vasos confluyan, el género es como la aorta, profunda y basta, por ello, la perspectiva de género

²⁹ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber* (México: Siglo XXI, 1998)

³⁰ L. Ortiz, "La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género", *Política y cultura* No. 22 (2003): 161-182

³¹ J. Breilh, *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)* (México: Scielo - Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2013). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es. (último acceso: septiembre de 2017).

³² R. L. Segato, *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres*. (México: Doi - Sociedade e Estado, 2014). <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200003> (último acceso: septiembre de 2017).

es uno de los elementos conceptuales con mayor poder, por su radicalidad en tanto potencialidad de transformación social.

5.- La Perspectiva de género en los Servicios de Salud

La Perspectiva de Género en Salud, dado que necesariamente abre una ventana al “hogar” que ideológicamente habitamos, nos hace cimbrar la más elemental cotidianeidad de nuestras vidas y nos muestra la violencia estructural asomándose en la proximidad inmediata de nuestras relaciones, nos hace conscientes de las condiciones de explotación más elementales y también nos hace conscientes de nuestra esperanzadora creatividad para la producción de salud.

La Perspectiva de género, es una metodología que no nos permite analizar la otredad y evadir el espejo. La perspectiva de género es ese sentipensar que nos obliga a reconocernos como agentes de salud o como agentes de violencia. Esa es una toma de consciencia de sí, muy difícil de ignorar, una vez que realmente se ha hecho presente.

La discusión sobre el papel de la medicina en este asunto es elemental, ya que la medicina fue clave en la construcción del Estado moderno y muchos de los indicadores que hoy nos preocupan para medir los avances en materia de Derechos de las mujeres y las niñas en el marco del Desarrollo Sostenible, se encuentran comprendidos desde la llamada medicalización indefinida, lo cual es un arma de doble filo. Lo positivo es que permite la lucha puntual. Pero hay que tener claro que la aparición de la autoridad médica que toma decisiones relativas a campos en permanente expansión,³³ se volvió la tecnología de legitimación de ese nuevo estado, que hoy se va actualizando para legitimar su versión neoliberal, que es una versión profundamente violentógena e imposibilitada, en contraparte, para la producción de salud.

La coincidencia de la autoridad médica con el desarrollo capitalista hizo emerger la llamada Economía política de la medicina donde, según Foucault en un planteamiento muy androcéntrico pero acertado, dice que “el cuerpo humano se ve doblemente englobado por el mercado: en tanto cuerpo asalariado” y en tanto “consumidor de productos médicos: en la medida que (la salud) es objeto de sensaciones y deseos” tal combinación no se rompe en el nuevo contexto, sino que se agudiza.

Con el cambio histórico del Estado moderno al Estado neoliberal (predominantemente financiero), productor además de sujetos atomizados y extremadamente individualizados, la medicalización indefinida y la economía política de la medicina siguen siendo funcionales y la violencia que generan por condiciones varias, incluidas las de género, son difíciles de ser aprendidas y expuestas³⁴. De ahí que tener una definición de salud y violencia como la que proponemos, abre la oportunidad de estudiar los procesos médicos que se dan tanto en el consultorio o en ambientes

³³ La medicalización que es “indefinida” porque su frontera es ampliada y se desborda del continente llamado enfermedad para ocuparse de otros elementos distintos como el agua, los territorios-espacios, la sexualidad, la nutrición, etcétera, introdujo al hospital como aparato de medicalización colectiva y mecanismos de administración médica (registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas), es la base sobre la que descansa buena parte de la defensa de los derechos de niñas y mujeres, pero es también una sólida fuente de violencia hacia ellas.

³⁴ Byung-Chul Han, *Psicopolítica, Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder* (Barcelona: Herder, 2014).

hospitalarios, como en todos los demás espacios apropiados por la medicina, para constatar en qué medida favorecen el desarrollo de una vida digna y plena, tanto de personas singulares, como de colectividades o conjuntos sociales. Si lo hace, si lo favorece, tiende a la salud, si lo obstaculiza o niega, inclina la balanza hacia la violencia, aunque no tenga un nombre claro en las múltiples clasificaciones que existen de ésta.

Conclusión

Reflexión final a modo de cierre

En el programa de estudios de género en salud, consideramos que es fundamental seguir pugnando porque en la formación de profesionales de la salud, incluida la profesión médica, la perspectiva de género debe ser un eje transversal que atraviese todo el currículo, para educar a profesionales que verdaderamente sean de salud en el sentido heurístico que plantea la OMS. La perspectiva de género en salud abona para generar conocimientos en una dimensión de intelectualidad, pero también en el sentido práctico y de la vida cotidiana, en el ámbito interpersonal, laboral y de servicio.

No creo mentir (me) al decir que, el Programa de estudios de género y salud del departamento de Salud pública de la Facultad de Medicina de la UNAM ha fomentado se amplíe la mirada mediante abrir una ventana para leer desde ahí la realidad social. Trabajamos porque desde esa ventana llamada género, se ofrezca a las y los profesionales de la salud una perspectiva que permita reconocer cuestiones que ignoramos, como elementos que no nos son desconocidos, o que ignoramos por sernos ajenos, sino por haberles naturalizado. Consideramos que las y los servidores públicos en el campo de la salud son agentes que una vez habilitados y habilitadas, transforman los Servicios de salud en espacios habilitantes para las personas usuarias de los mismos servicios, multiplicando los cómo, los dónde, los para qué estar permanentemente vigilantes de la violencia estructural e iría expulsando de proyectos, políticas, programas, etcétera.

En el programa de estudios de género estamos convencidas de que el personal de salud sensibilizado con la perspectiva de género, impulsará cambios en el ámbito privado, transformando sus conductas personales; percibirá las inequidades en el ámbito público y tomará partido para modificar las condiciones laborales propias que les ponen en desventaja (tanto si son hombres y como si son mujeres) y transformará en el ámbito relacional de los servicios, volviéndose cuidador/a garante de derechos, capaz de promover, respetar y proteger, tanto como le sea posible, los derechos humanos de hombres y enfáticamente de las mujeres.

En general concluiríamos con que la incorporación de la perspectiva de género en salud multiplica la posibilidad del Estado de prevenir la violación de los derechos humanos; asimismo de investigar, sancionar y reparar el daño que hubiese podido cometerse en este sentido. Transversalizar la perspectiva de género, particularmente en la formación médica, empuja a idear maneras críticas y novedosas de abordar las cuestiones de Salud que son nuestro horizonte a alcanzar, pero también de contender con la Violencia que, en el otro extremo se ha vuelto una suerte de apoptosis social y, por lo tanto, la mayor amenaza a cualquier proceso civilizatorio.

Bibliografía

Alcántara Moreno, G. La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinaredad. México: Revista universitaria de Investigación Sapiens. junio de 2008. <file:///C:/Users/nash/Downloads/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf> (último acceso: octubre de 2017).

Álvarez, S. ¿A qué llamamos violencia en Ciencias Sociales). México: Scielo-Hallazgos I. 2013. <http://www.scielo.org.co/pdf/hall/v10n20/v10n20a05.pdf> (último acceso: 22 de octubre de 2017).

Atencio, Graciela y Lerporta, Elena. Feminicidio-feminicidio: un paradigma para el análisis de la violencia de género. Enfocar la atención en los victimarios. México: Infogenero-Red de voluntario Feminicio net. 2011. <http://www.infogenero.net/documentos/FEMINICIDIO-feminicidio-paradigma%20para%20su%20analisis-Graciela%20Atencio.pdf> (último acceso: octubre de 2017).

Alvear Galindo, M. G. «Avance del protocolo de investigación: Violencia como epidemia.» Seminario de Salud Pública. México: UNAM. 2017.

Bourdieu, Pierre. “Sobre el poder simbólico”. En Intelectuales, política y poder, de Alicia Gutiérrez. Buenos Aires: UBA/Eudeba, 2000.

Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). México: Scielo - Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es. (Último acceso: septiembre de 2017).

Broide B. y Todaro, S. Funcionalidad social de la violencia de género. México Revista electrónica Herramienta. Debate y crítica marxista. Octubre de 2007. http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-36/funcionalidad-social-de-la-violencia-de-genero#_ftn1 (último acceso: octubre de 2017).

Butler, J. Marcos de Guerra: Las vidas lloradas. Buenos Aires: Paídos. 2010.

Castillero Mimensa, O. Los 7 tipos de violencia de género (y características). Psicologiyamente-Revista electrónica Psicología Forense y Criminalística. 2017. <https://psicologiyamente.net/forense/tipos-violencia-de-genero> (último acceso: agosto de 2017).

Chapela Mendoza MC y Jarrillo Soto EC. «Promoción de la salud, siete tesis del debate.» Cuadernos de medicina social (2001): 59-69.

Derrida Jaques, Gad D. y Nouss A. Decir el acontecimiento ¿es posible? Madrid: Arena Libros. 2007.

Flamarique, L. Modernidad y cambio social: una perspectiva integradora, o el más acá de los estudios de género. México: Doi - Arbor. 2016. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2016.778n2004> (último acceso: noviembre de 2017).

Frías Sonia M. 25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre violencia en contra de las mujeres en México. México: Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía Vol. 8, Núm. 2, mayo-agosto 2017. 5. Recuperado en octubre de 2017 de: <http://www.inegi.org.mx/rde/wp-content/uploads/2017/08/RDE-V8-N2-A1.pdf>

Foucault, Michel. Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. México: Siglo XXI. 1998.

Foucault, Michel. La vida de los hombres infames. Madrid: Las ediciones de La piqueta. 1990.

García Hernández, J. L. En 4 años asesinan a 576 mujeres en la CdMx, y la PGJ califica como feminicidio sólo 36% de los casos. México: Revista electrónica Sin embargo. Recuperado en septiembre de 2017 de: <http://www.sinembargo.mx/16-09-2017/3302680>

Garita Vílchez, A. L. Regulación del delito de feminicidio en América Latina y El Caribe. Campaña del Secretario general de las Naciones unidas: Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres. Organización de las Naciones Unidas ONU-Mujeres. Recuperado en octubre de 2017 en: http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf

GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida. Informe violencia obstétrica, conclusiones. México: GIRE. 2015. <http://informe2015.gire.org.mx/#/conclusiones-violencia-obstetrica> (último acceso: octubre de 2017).

Han, Byung-Chul. Psicopolítica, Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder. 2014.

Gamboa Montejano, C. Mortalidad Materna en México. Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas, México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de Política Interior, Poder Legislativo Federal. 2015.

Lagarde y de los Ríos M. Algunas categorías antropológicas y jurídicas. México: Antropología, feminismo y política: Violencia feminicida y Derechos humanos de las Mujeres. 2008. <http://www.campoalgodonero.org.mx/documentos/violencia-feminicida-y-derechos-humanos-marcela-lagarde-unam> (último acceso: agosto de 2017).

OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf?ua=1 (último acceso: septiembre de 2017).

Ortiz, L. «La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género.» Política y cultura (2003): 161-182.

Pisanty Alatorre, J. Inequidades en la mortalidad Materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. México: Revista salud pública de México. Noviembre-diciembre de 2017. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/8788/11326> (último acceso: noviembre de 2017).

Segato, R. L. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. México: Doi - Sociedade e Estado. 2014. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200003> (último acceso: septiembre de 2017).

Toscano López, D. G. «El bio-poder en Michel Foucault.» Universitas Philosophica, (2008): 39-57.

Velázquez Becerril, C. A y Pérez Pérez, G. Las transformaciones del Estado-nación en el contexto de la globalización. México: Scielo - Política y cultura. 2010. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422010000200006&lng=es&tlng=es. (último acceso: diciembre de 2017).

Villalobos, Ariel. Gobierno de la CDMX maquilla cifras de feminicidios. Reportaje especial. México: Revista Proceso. Mayo 2017. Recuperado en agosto de 2017 de: <http://www.proceso.com.mx/488020/gobierno-la-cdmx-maquilla-cifras-feminicidios>

Para Citar este Artículo:

Cortés Hernández, Nashielly. Perspectiva de género en lo servicios de ¿Violencia o Salud? Rev. Incl. Vol. 5. Num. Especial, Octubre-Diciembre (2018), ISSN 0719-4706, pp. 57-73.

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.